



## Skala oceny gotowości pacjenta do wprowadzenia zmian w stylu życia

Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu jest Pan/Pani gotowy/a do wprowadzenia zmian w swoim stylu życia.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Zdecydowanie nie					Zdecydowanie tak				